

سلامت اجتماعی و کارکردهای آن در جوامع شهری (مورد مطالعه: کلان‌شهر اصفهان)

مصطفی امید^۱، منصور حقیقتیان^۲، سیدعلی هاشمیانفر^۳

چکیده

سلامت اجتماعی عبارت است از چگونگی ارزیابی فرد از عملکردش در برابر اجتماع. از نظر کییز فردی برخوردار از سلامت اجتماعی است که اجتماع را به صورت یک مجموعه معنادار، قابل فهم و بالقوه مفید برای رشد و شکوفایی بداند و احساس کند که به جامعه تعلق دارد، از طرف جامعه پذیرفته می‌شود و در پیشرفت آن سهیم است. سلامت اجتماعی، نوعی بهداشت روانی، فردی و جمعی است، که در صورت تحقق آن، شهروندان دارای انگیزه و روحیه شاد بوده و در نهایت، جامعه شاداب و سلامت خواهد بود. هدف از پژوهش حاضر، بررسی کارکردهای سلامت اجتماعی در جوامع شهری و به طور مشخص، در کلان‌شهر اصفهان است. چارچوب نظری پژوهش با استفاده از دیدگاه‌های کییز، دورکیم، فروم و فروید تدوین شده است. روش تحقیق پیمایش، و ابزار گردآوری اطلاعات نیز پرسشنامه بوده است. جامعه آماری شامل کلیه شهروندان ۱۵ تا ۶۴ ساله‌ی باسواد شهر اصفهان بوده و نمونه آماری نیز شامل تعداد ۳۸۵ نفر از جامعه آماری فوق در نظر گرفته شده که به روش خوشه‌ای انتخاب شده‌اند. جهت تجزیه و

۱- دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد دهقان mostafa.omidi60@gmail.com

۲- دانشیار جامعه‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد دهقان (نویسنده مسؤول) haghigat@dehghan.ac.ir

۳- دانشیار جامعه‌شناسی دانشگاه اصفهان seyedalihashemianfar@yahoo.com

تحلیل اطلاعات از نرم افزار spss و جهت آزمون مدل از نرم افزار Amos استفاده شده است. نتایج تحقیق نشان می‌دهد که بین متغیر مستقل سلامت اجتماعی و متغیرهای وابسته ی سلامت روانی، هنجارمندی اجتماعی و مسئولیت پذیری اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد. همچنین ارتباط بین متغیر هنجارمندی اجتماعی و مسئولیت پذیری اجتماعی نیز معنادار است.

واژگان کلیدی: سلامت اجتماعی، سلامت روانی، هنجارمندی، مسئولیت پذیری، جوامع شهری

مقدمه

سلامت، شرطی ضروری برای ایفای نقش‌های اجتماعی است و انسان‌ها در صورتی می‌توانند فعالیت کامل و مؤثر داشته باشند که هم خود را سالم احساس کنند و هم جامعه آنها را سالم بدانند. انسان سالم محور توسعه است و در سایه‌ی سلامت پایدار، آحاد جامعه از ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی سلامت برخوردارند. از سلامت تعاریف متعددی مطرح شده که عموماً در دو سطح فردی و اجتماعی قابل طرح هستند و پذیرفته‌شده‌ترین آنها تعریف سازمان جهانی بهداشت است که سلامت را حالت رفاه و آسایش کامل جسمی، روانی و اجتماعی می‌داند. این تعریف مشخص می‌کند که بهره‌مندی اشخاص از سلامت فردی (جسمی و روانی)، نمی‌تواند تعریف جامعی از سلامت وی باشد و توجه به بعد اجتماعی سلامت، اهمیت ویژه‌ای دارد. آنچه که در پژوهش حاضر مد نظر است نیز بعد اجتماعی سلامت یا همان مفهوم «سلامت اجتماعی» است. طبق تعریف کیز، سلامت اجتماعی به معنای برداشت و گزارش فرد از کیفیت ارتباطش با دیگران است. سلامت اجتماعی در این مفهوم یعنی درک فرد از اجتماع به صورت مجموعه‌ای معنادار، قابل فهم، دارای نیروی بالقوه برای رشد و شکوفایی است همراه با این احساس که متعلق به جامعه است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن سهم می‌داند.

جامعه‌ی ما جامعه‌ای در حال تحول و تکامل است و هم‌زمان با تحولات اجتماعی،

اقتصادی و فرهنگی، روابط، مناسبات و شیوه‌های زندگی افراد نیز دچار تحول شده است که این وضعیت در مناطق شهری از شدت بالاتری برخوردار است. از اواسط قرن بیستم به بعد تفکر حاکم بر مطالعات شهری این بوده که زندگی شهری، باعث به وجود آمدن از خودبیگانگی عمیق شده است؛ «از دست دادن اجتماع»، تبدیل به ایده‌ی غالب شده است و متفکرانی نظیر جورج زیمل (حیات ذهنی کلان‌شهرها)، لوئیس ورت (روابط غیر شخصی)، فردیناند تونیس (تمایز گمین شافت و گزلفاشت)، امیل دورکیم (شرایط آنومیک)، کارل مارکس (بیگانگی) و نیز آنتونی گیدنز (بی‌تفاوتی مدنی) به آن پرداخته‌اند. این دیدگاه‌ها می‌تواند تحلیل و کاهش سلامت اجتماعی در جوامع کلان‌شهری را تداعی کند. جوامع شهری که حجم بالایی از جمعیت را در خود جا داده‌اند، با مشکلات و مسائلی نظیر انحرافات اجتماعی، قانون‌گریزی، بی‌تفاوتی اجتماعی و عدم مسئولیت‌پذیری اجتماعی و ... دست به گریبان هستند. زندگی در کلان‌شهرها فشار روانی بالایی را بر ساکنان خود تحمیل می‌کند. کلان‌شهر محل دویدن دائم برای کسب درجاتی بالاتر از رضایت است. این وضعیت فشار مضاعفی را بر افراد وارد کرده و باعث استرس بالا، سرخوردگی و در نتیجه تحلیل سلامت روانی آنها می‌گردد. عدم مسئولیت‌پذیری اجتماعی نیز یکی دیگر از آسیب‌های زندگی در کلان‌شهرهاست. شهر دائماً فرد را با انواع صداها و تصاویر احاطه می‌کند و فرد نیز باید بتواند در مقابل آنها مقاومت کرده و درهم شکسته نشود. این وضعیت به جایی می‌رسد که فرد دیگر توان وقت‌گذاری برای دیگران را نداشته و باید در نهایت نسبت به دیگران بی‌تفاوت باشد. کلان‌شهرها همچنین به واسطه‌ی حجم عظیم جمعیت و ناشناختگی، می‌توانند فضایی مملو از گمنامی و آزادی از قید و بندها را برای فرد به وجود آورند. این فضای گمنامی می‌تواند هنجارمندی افراد را تحت تأثیر قرار داده و امکان بروز رفتارهای نامتعارف و بعضاً خلاف ارزشها، هنجارها و قوانین جامعه را افزایش داده و در نتیجه موجبات انحرافات اجتماعی را افزایش دهد. از منظر جامعه‌شناسی شهری، شهرها به مکان رشد جرائم و ناهنجاری‌های رفتاری تبدیل شده و عدم نهادینگی اخلاق و ارزش‌های معنوی

موجبات توسعه‌ی پرخاشگری، کنشهای متقابل منفصل و گسترش فساد اجتماعی را فراهم کرده‌اند (نوابخش و فیروزآبادی، ۱۳۹۱). هرچند ارتباط دادن کامل این مسائل به شهرنشینی، ساده‌انگارانه به نظر می‌رسد، ولی برخی مطالعات تا حدودی این ارتباطات را تأیید می‌نمایند. توسعه‌ی سلامت اجتماعی می‌تواند نقش پیشگیرانه‌ای در جوامع شهری ایفا کند و پرداختن به موضوع سلامت اجتماعی به عنوان یکی از راهکارهای بهبود مشکلات و مسائل اجتماعی، می‌تواند بسیار با اهمیت تلقی شود. سلامت اجتماعی در صورت تحقق، می‌تواند برای شهروندان انگیزه و روحیه‌ی شاد به ارمغان آورده و در نهایت جامعه شاداب و سلامت خواهد بود. سلامت اجتماعی می‌تواند از بروز کج‌رفتاری‌های اجتماعی تا حد زیادی جلوگیری نماید و افراد را هنجارمند و مسئولیت‌پذیر بار آورد و رسیدن به این شرایط، راه را برای توسعه‌ی همه‌جانبه و پایدار هر جامعه‌ای هموار خواهد کرد. تفکرات اجتماعی صحیح و برخوردار از ذهنیت مثبت نسبت به جامعه، سبب احساس امنیت، تقویت حس اعتماد به دیگران، احساس مسئولیت اجتماعی، مشارکت اجتماعی، احساس نشاط و سرزندگی، سلامت روحی و روانی و در نتیجه کارآمدی فرد در جامعه می‌گردد.

شهر اصفهان، بعد از تهران، به عنوان مهمترین، پرجمعیت‌ترین و نیز توسعه‌یافته‌ترین کلان‌شهر ایران شناخته می‌شود. تحلیل رفتن شاخص‌های مثبتی از قبیل مسئولیت‌پذیری، هنجارمندی، سلامت روانی و ... می‌تواند روند توسعه پایدار این کلان‌شهر را از ریل خود خارج کرده و آن را تبدیل به توسعه‌ی ناموزون نماید. پژوهش حاضر به طور مشخص به دنبال یافتن پاسخی برای این سؤالات است: آیا سلامت اجتماعی در کلان‌شهر اصفهان تحلیل رفته است؟ آیا سلامت اجتماعی می‌تواند منجر به هنجارمندی بیشتر افراد شود و رفتارهای انحرافی را تقلیل دهد؟ اثرگذاری سلامت اجتماعی بر سلامت روانی چقدر است؟ و آیا تقویت سلامت اجتماعی می‌تواند به بهبود مسئولیت‌پذیری اجتماعی افراد منجر شود؟

پیشینه‌ی پژوهش

سام آرام (۱۳۸۸) در مقاله‌ای با عنوان «رابطه‌ی سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی با

تأکید بر رهیافت پلیس محور در جامعه» که به صورت توصیفی و اسنادی انجام داده به تبیین رابطه‌ی حوزه‌ی سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی می‌پردازد. یافته‌های بالا در مقاله بیانگر این است که رابطه‌ی مستقیمی بین افزایش ناامنی اجتماعی و کاهش میزان سلامت اجتماعی در جامعه وجود دارد.

فقهی فرهمند و زنجانی (۱۳۹۲) در مطالعه‌ی خود به بررسی رابطه‌ی بین سرمایه‌ی اجتماعی و سلامت اجتماعی با امنیت خانواده پرداخته‌اند. نتایج به دست آمده حاکی از آن است که تمامی ابعاد سرمایه‌ی اجتماعی با سلامت اجتماعی رابطه‌ی معناداری دارند. همچنین بین سلامت اجتماعی و سرمایه‌ی اجتماعی با امنیت خانواده رابطه‌ی مستقیمی وجود دارد. همچنین یافته‌ها نشان می‌دهد که افراد متأهل نسبت به افراد مجرد از سلامت اجتماعی بالاتری برخوردارند.

جمعه نیا (۱۳۸۷) رابطه‌ی سلامت اجتماعی با سبک‌های هویت‌یابی دانش‌آموزان دبیرستان‌های شهر گنبد را بررسی کرده است. نتایج این تحقیق نشان داد بین دختران و پسران، از نظر سطح سلامت اجتماعی در ابعاد مشارکت و انسجام اجتماعی، تفاوت معناداری وجود دارد، درحالی که در پذیرش و شکوفایی اجتماعی و انطباق اجتماعی که از ابعاد دیگر سلامت اجتماعی است، در بین دختران و پسران تفاوت معناداری به دست نیامد. همچنین بین سلامت اجتماعی و سبک‌های هویت‌یابی ارتباط معناداری وجود دارد.

زکی و خشوعی (۱۳۹۲)، مطالعه‌ای با عنوان سلامت اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن در بین شهروندان شهر اصفهان انجام داده‌اند. یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد که بین سلامت اجتماعی و متغیرهای اعتماد اجتماعی، تعهد اجتماعی، مسئولیت اجتماعی رابطه‌ی مستقیم و معناداری وجود دارد. بین سلامت اجتماعی و بیگانگی اجتماعی نیز رابطه‌ی معنادار و معکوسی وجود دارد. کلیه‌ی متغیرهای زمینه‌ای نیز با متغیر سلامت اجتماعی رابطه‌ی معنادار داشته‌اند.

موحدی (۱۳۸۸) در پژوهشی با عنوان «بررسی تأثیر سلامت اجتماعی بر میزان کیفیت زندگی کارکنان بانک ملی ایران» به ارتباط مثبت بین سلامت اجتماعی و میزان کیفیت زندگی کارکنان اشاره می‌نماید. همچنین بین سلامت اجتماعی و بعد روانی کیفیت

زندگی رابطه‌ی مثبت و معناداری وجود داشته است. ارتباط بین انسجام اجتماعی و کیفیت زندگی نیز مستقیم و معنادار بوده است.

مطالعه عبدالله تبار و دیگران (۱۳۸۶) درباره‌ی «سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی تهران» نشان می‌دهد بین متغیرهای وضعیت تأهل، مقطع تحصیلی، جنسیت، عضویت در انجمن‌ها و وضعیت اشتغال دانشجویان و سلامت اجتماعی آن‌ها رابطه‌ی معناداری وجود دارد.

فدایی مهربانی (۱۳۸۶) در مقاله‌ای با عنوان «شهرنشینی، رسانه و سلامت اجتماعی» معتقد است که رسانه‌هایی چون رادیو و تلویزیون حتی می‌توانند از راه‌های غیر مستقیم، تعاریفی مناسب و هدفمند از سلامت اجتماعی ارائه دهند. حقیقت این است که تنها یک رسانه‌ی پویا می‌تواند به بازتولید سلامت اجتماعی در جامعه بپردازد نه رسانه‌ای که گرفتار مناسبات تولیدی و فناورانه‌ی زندگی مدرن شهری است. غنای آموزشی رسانه‌ها و پرمحتوا شدن برنامه‌های تلویزیونی می‌تواند مهمترین راه پیوند رسانه‌ها با سلامت اجتماعی در قالب شهرنشینی باشد. به نظر می‌رسد رسانه‌های جمعی بویژه تلویزیون می‌توانند عاملی برای الگوسازی مفهوم سلامت اجتماعی مطابق با هنجارهای پذیرفته شده‌ی جامعه باشند.

پاول (۲۰۰۷)، پژوهشی را به منظور بررسی رابطه‌ی بین عملکردهای ارتباطی، سلامت اجتماعی، معنوی و کیفیت زندگی افراد مبتلا به سرطان، بین سنین ۳۵ تا ۸۰، به روش نمونه‌گیری آسان انجام داد. نتایج نشان داد که سلامت معنوی عامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی این افراد بوده و سلامت اجتماعی پس از سلامت روانی در رتبه‌ی دوم قرار داشت ولی عملکردهای ارتباطی افراد، رابطه‌ای با کیفیت زندگی آنان نداشتند (نجف‌آبادی، ۱۳۸۹).

مک آرتور در سال ۱۹۹۵، مطالعه‌ای را برای بررسی اپیدمیولوژی سلامت اجتماعی در ایالات متحده انجام داده است. نتایج نشان داده است که تقریباً ۴۰ درصد افراد بزرگسال سنین ۲۵-۷۴ سال در سه مقیاس سلامت اجتماعی دارای نمره‌ی بالا بودند اما ۶۰ درصد افراد بزرگسال در هیچ یک از مقیاسهای سلامت اجتماعی نمره‌ی بالا کسب نکردند. در

مجموع داده‌ها نشان داد که اکثریت افراد بزرگسال ایالات متحده، سلامت اجتماعی سطح متوسط تا بالا را دارند اما نسبت قابل توجهی از جمعیت سلامت اجتماعی بسیار پایینی داشتند که از نظر شاخص‌های اجتماعی می‌توان آن را به عنوان یک ناسالمی اجتماعی در نظر گرفت (سام آرام، ۱۳۸۸).

براساس بررسی‌های انجام شده، تاکنون پژوهشی با موضوعی مشابه موضوع پژوهش حاضر و به صورت پیامدی صورت نگرفته است. همانگونه که در مطالعات بالا نیز مشخص است، غالب مطالعات انجام شده در زمینه‌ی سلامت اجتماعی، مربوط به بررسی عواملی بوده که می‌توانند سلامت اجتماعی را به نوعی تحت تأثیر قرار دهند.

پیامدهای هر پدیده‌ی اجتماعی نیز به موازات علل پدید آورنده‌ی آن از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است زیرا عموماً زمانی به ریشه‌های یک پدیده‌ی اجتماعی نگاه می‌شود که پیامدهای آن آشکار شده باشد و تا زمانی که این پیامدها و به عبارت دیگر، این کارکردها آشکار نگردیده است، اهمیت آن مغفول می‌ماند. این موضوع مخصوصاً در زمان بروز انحرافات اجتماعی اهمیت پیدا می‌کند. تا زمانی که انحرافی صورت نگرفته و یا حداقل، نشانه‌های آن بروز نکرده است، کسی به دنبال علل ظهور آنها نیست. نفس وجود یک امر اجتماعی نمی‌تواند ذاتاً مطلوب یا غیر مطلوب باشد، مگر اینکه کارکردها و پیامدهای آن زمینه‌ی بروز پیدا کنند. پس می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که اگر بدانیم سطوح متفاوت سلامت اجتماعی چه اثرات مثبت و یا منفی‌ای می‌تواند از خود به جای بگذارد، آن موقع پرداختن به ریشه‌های به وجود آورنده‌ی آن نیز با اهمیت‌تر و جدی‌تر تلقی خواهد شد. این مسأله از دیدگاه محقق، بسیار ضروری بوده و لزوم پرداختن به این موضوع را روشن می‌سازد.

مبانی نظری پژوهش

«سلامت اجتماعی و یا فقدان آن، دغدغه‌ای بارز در نظریه‌ی کلاسیک جامعه‌شناسی است. با وجود این اهمیت مفاهیمی چون «هرج و مرج» و «از خود بیگانگی» که مورد توجه مارکس و دورکیم قرار داشته، آنها به بحث درباره‌ی ابعاد چندگانه‌ی سلامت اجتماعی

مثبت هم پرداخته‌اند» (کییز، ۱۹۹۸). از جمله فواید بالقوه‌ی زندگی اجتماعی، یکپارچگی و انسجام اجتماعی است که به معنای احساس تعلق و وابستگی درونی و احساس وجدان مشترک و سرنوشت جمعی است (دورکیم، ۱۹۵۱، به نقل از کییز، ۱۹۹۸).

بلوک^۱ و برسلو^۲ برای اولین بار در سال ۱۹۷۲ به مفهوم سلامت اجتماعی در قالب پژوهشی آن، در ایالت کالیفرنیا آمریکا پرداخته و آن را با درجه‌ی عملکرد اعضای جامعه مطابق دانسته‌اند. این مفهوم را چند سال بعد دونالد^۳ و همکارانش در سال ۱۹۷۸ مطرح کردند. استدلال آنها این بود که سلامت امری فراتر از گزارش علائم بیماری، میزان بیماری‌ها و قابلیت‌های کارکردی فرد است. آنها معتقد بودند که رفاه و آسایش فردی امری متمایز از سلامت جسمی و روانی است. (محسنی، ۱۳۹۳: ۲۲).

گلد اسمیت^۴، راسل^۵ (۱۹۷۳) و لارسون^۶ (۱۹۹۳) نیز در سال‌های بعد به مفهوم سلامت اجتماعی پرداخته‌اند. وجه مشترک تمام این تعاریف، تأکید بر اهمیت بعد اجتماعی سلامت و نیز چگونگی ارتباط فرد با دیگران و جامعه است. لارسون سلامت اجتماعی را ارزیابی رفتارهای معنادار مثبت و منفی فرد در ارتباط با دیگران تعریف می‌کند و آن را یکی از اساسی‌ترین شاخص‌های سلامت هر جامعه‌ای برمی‌شمارد که منجر به کارآیی فرد در جامعه خواهد شد (لارسون، ۱۹۹۳، به نقل از موسوی و شیانی، ۱۳۹۴: ۱۲۷).

کییز^۷، مهم‌ترین و اثرگذارترین نظریه‌پرداز حوزه‌ی سلامت اجتماعی به شمار می‌رود. وی از جامعه‌شناسان پیشتاز در زمینه مفهوم‌سازی و سنجش سلامت اجتماعی در سطح خرد است. او سلامت اجتماعی را عبارت از چگونگی ارزیابی فرد از عملکردش در برابر اجتماع می‌داند. از نظر کییز فردی از سلامت اجتماعی برخوردار است که اجتماع را به

1- Beloc

2- Berslo

3- Doonald

4- Gold Smith

5- Russell

6- Larson

7- Keyes

صورت یک مجموعه‌ی معنادار، قابل فهم و بالقوه‌ی مفید برای رشد و شکوفایی بداند و احساس کند که به جامعه تعلق دارد، از طرف جامعه پذیرفته می‌شود و در پیشرفت آن سهیم است. کیز (۱۹۹۸) سلامت اجتماعی را با ارائه‌ی مقیاسی به صورت جامع‌تر و با شمول ابعاد اجتماعی و محیطی زندگی فرد مفهوم‌سازی نمود. وی در مطالعات خود، فرض را بر این می‌گذارد که افراد کیفیت زندگی و عملکرد شخصی‌شان را با معیارهای اجتماعی‌شان ارزشیابی می‌نمایند. مدل چندوجهی سلامت اجتماعی کیز شامل پنج عنصر است که میزان کارکرد بهینه افراد را در عملکرد اجتماعی‌شان معلوم می‌کند. این پنج عنصر عبارتند از: یکپارچگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت (سهام‌داشت) اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و انسجام اجتماعی (کیز، ۱۹۹۸)

شاخصهای سلامت اجتماعی

یکپارچگی (همبستگی) اجتماعی^۱، ارزیابی کیفیت رابطه‌ی فرد با جامعه و اجتماع است. منظور از یکپارچگی اجتماعی، ارزیابی یک فرد با در نظر گرفتن کیفیت همراهی او با جامعه‌ی اطرافش است (کیز، ۱۹۹۸). احساس تعلق می‌تواند جنبه‌ای محوری از سلامت باشد بنابراین یکپارچگی با دیگران در محیط و جامعه اطراف باید حاصل یک تجربه‌ی مشترک شباهت با دیگران باشد (کیز و شاپیرو، ۲۰۰۴). نبود حس یکپارچگی اجتماعی در بالاترین سطح خود به خودکشی می‌انجامد. «یکپارچگی اجتماعی متکی بر مفاهیمی چون «انسجام اجتماعی»^۲ (دورکیم)، «بیگانگی فرهنگی»^۳ و «انزوای اجتماعی»^۴ (سیمن) و «آگاهی طبقاتی»^۵ مارکس است. از نظر دورکیم هماهنگی اجتماعی و سلامت اجتماعی بازتابی از ارتباط افراد با یکدیگر از طریق هنجارهاست» (کیز، ۱۹۹۸).

در قرون گذشته کلمه‌ی از خود بیگانگی را هگل و مارکس به معنای نوعی دوری از خود به کار می‌بردند که شخص مبتلا به آن، گرچه امور عملی را منطقی انجام می‌دهد اما

-
- 1- Social integration
 - 2- Social cohesion
 - 3- Cultural estrangement
 - 4- Social isolation
 - 5- Class consciousness

ضمناً نشانه‌هایی از معایب اجتماعی بسیار شدید را دارد» (فروم، ۱۳۹۴: ۱۵۰). انزوای اجتماعی عبارت است از خدشه‌دار شدن روابط فرد که به زندگی او معنا می‌دهند و نقش حمایتی برای او دارند. افراد سالم احساس می‌کنند که بخشی از جامعه هستند بنابراین، این حس یکپارچگی تا اندازه‌ای است که مردم احساس می‌کنند چیزی مشترک با دیگران دارند که واقعیت اجتماعی‌شان را شکل می‌دهد (مثل محله/ منطقه‌شان)؛ و همچنین تا اندازه‌ای است که آنها احساس می‌کنند متعلق به اجتماع و جامعه هستند (کیبز، ۱۹۹۸).

پذیرش اجتماعی^۱، به معنی تفسیر فرد از جامعه و ویژگی‌های دیگران و زیربنای اجتماع از طریق شخصیت و کیفیت مردم دیگر به عنوان یک مقوله‌ی تعمیم یافته است (موسوی و شیانی، ۱۳۹۴: ۲۰۱). پذیرش اجتماعی مصداق اجتماعی پذیرش خود است. افرادی که نگرش مثبتی به شخصیت خود دارند و جنبه‌های خوب و بد زندگی خود را توأمان می‌پذیرند، نمونه‌هایی از سلامت روانی و اجتماعی هستند (ریف، ۱۹۸۹). افرادی که پذیرش اجتماعی دارند، به دیگران اعتماد می‌کنند و فکر می‌کنند که دیگران ظرفیت محبت را دارند و همچنین معتقدند مردم می‌توانند هم‌کوشی داشته باشند. کسانی که دیگران را می‌پذیرند به این درک رسیده‌اند که افراد به طور کلی سازنده هستند. مردمی که پذیرش اجتماعی دارند، دیدگاه خوبی در مورد ماهیت انسان دارند و با دیگران احساس راحتی می‌کنند. در واقع پذیرش اجتماعی به معنی گرایش مثبت نسبت به افراد، تصدیق دیگران، و به طور کلی پذیرفتن افراد با وجود برخی رفتارهای سردرگم‌کننده و پیچیده‌ی آنهاست. در پذیرش اجتماعی، اجتماع و مردم آن با همه‌ی نقص‌ها و جنبه‌های مثبت و منفی، باور و پذیرفته می‌شوند (کیبز و شاپیرو، ۲۰۰۴).

مشارکت (سهام‌داشت) اجتماعی^۲، یعنی ارزیابی ارزش‌های اجتماعی یک فرد. این شاخص بر این باور استوار است که فرد یک عضو حیاتی از جامعه است و با خود ارزشی به همراه دارد که آن را به جهان تزریق می‌کند. این بعد از سلامت اجتماعی معرف این است که این افراد فکر می‌کنند آنچه که انجام می‌دهند برای جامعه ارزشمند

1- Social acceptance

2- Social contribution

است یا نه؟ این نگرش هم‌راستا با درونمایه‌ای است که مارکس مطرح می‌کند مبنی بر اینکه انسانها ماهیتاً زاینده‌اند. اگر بخواهیم از خودبیگانگی را به زبان اقتصادی مطرح کنیم عبارتست از کاهش ارزش زندگی یک فرد و فعالیتهای روزمره‌ای که انجام می‌دهد. کیز معتقد است که ایفای سهم اجتماعی، با مفهوم سودمندی (خودکارآمدی) فردی که باندورا^۱ (۱۹۹۷) مطرح می‌کند همپوشانی دارد (کیز، ۱۹۹۸).

شکوفایی اجتماعی^۲، ارزیابی پتانسیل و خط سیر اجتماع است. این شاخص یعنی باور تکامل اجتماعی، این احساس که جامعه پتانسیل از قوه به فعل رسیدن را از طریق شهروندان و نهادهای اجتماعی دارد. شکوفایی اجتماعی شامل درک افراد از این موضوع است که آنها هم از رشد اجتماعی سود خواهند برد و اینکه نهادها و افراد حاضر در جامعه به شکلی در حال شکوفایی‌اند که نوید توسعه‌ی بهینه و مطلوب را می‌دهد؛ هرچند این امر برای همه‌ی افراد درست نیست (کیز و شاپیرو، ۲۰۰۴). با توجه به دیدگاه‌های کیز، این مفهوم خصوصیت مشترکی با مفهوم «خودشناسی» مازلو (۱۹۶۸) دارد و نیز بی‌ارتباط با تأکید ریف بر «رشد فردی» نیست. همچنین می‌توان آن را معادل مفهوم «انگیزش و امید به آینده»^۳ی شاول دانست. شکوفایی اجتماعی انعکاس میزان کارکرد مناسب افراد است که حاصل و ثمره‌ی استقبال آنها از تجربیات جدید و رشد مداوم می‌باشد (کیز، ۱۹۹۸). شکوفایی اجتماعی به موازات خود مختاری، به معنای توان جامعه برای کنترل فرد است. تمرکز اصلی در شناسایی پتانسیل اجتماعی هم معطوف به درون مایه پتانسیل اجتماعی و توسعه آن به عنوان خودشناسی (مازلو، ۱۹۶۸)، خوشبختی و رشد فردی (ریف، ۱۹۸۹) است. کارکرد بهینه ناشی از باز بودن فرد در برابر تجربیات تازه و تلاش برای رشد دائم است. شکوفایی اجتماعی همچنین ایده‌های مربوط به رشد و توسعه را در برمی‌گیرد. مردم سالم‌تر به شرایط و آینده جامعه امیدوارند و می‌توانند پتانسیل جامعه را بشناسند (کیز و شاپیرو، ۲۰۰۴).

1- Bandura

2- Social actualization

3- Show

انسجام (پیوستگی) اجتماعی^۱، درک کیفیت، سازماندهی و عملیات جهان اجتماعی است و به نگرانی کسب اطلاع راجع به جهان مربوط می‌شود. انسجام اجتماعی قابل قیاس با بی‌معنا بودن زندگی است و شامل دیدگاه‌هایی در این باره است که جامعه قابل سنجش و قابل پیش‌بینی است. از حیث روانشناختی، افراد سالم زندگی شخصی خود را با معنا و منسجم می‌بینند (ریف، ۱۹۸۹). آنتونوفسکی معتقد است که احساس انسجام در وجود فرد می‌تواند نشانه‌ای برای سلامتی او باشد. افرادی که از انسجام برخوردارند تلاش می‌کنند در هنگام مواجهه با رویدادهای غیر قابل پیش‌بینی، انسجام خود را حفظ کنند. انسجام اجتماعی درک فرد از کیفیت جهان اجتماعی خود و شیوه سازماندهی و عملکرد آن است (کییز، ۱۹۹۸). این مقوله با قابلیت معنابخشی به وجود شخص است (کییز و شاپیرو، ۲۰۰۴). افرادی که سالم‌ترند به ماهیت جهان اجتماعی خود علاقمندند و می‌توانند شیوه‌ی عملکرد آن را درک کنند. کییز معتقد است که انسجام اجتماعی عبارت از درک این موضوع است که «جامعه را می‌توان درک کرد و عقلانی و قابل پیش‌بینی می‌باشد». افراد سالم‌تر نه فقط مراقب نوع جهانی هستند که در آن زندگی می‌کنند، بلکه احساس می‌کنند که آنها می‌توانند هر آنچه را که در اطرافشان رخ می‌دهد، احساس کنند. این قبیل افراد، خودشان را با این تفکر که در جهانی کامل زندگی می‌کنند، گول نمی‌زنند. آنها میل به معنادار کردن زندگی را در خود داشته و پرورش می‌دهند (کییز، ۱۹۹۸).

سلامت روانی

سلامت روانی رسیدن فرد به این تصور است که زندگی‌اش منسجم و معنادار است. ریف مدلی را برای سلامت روانی پیشنهاد می‌کند که از ۶ بعد پذیرش خود، تسلط بر محیط، هدفمند بودن زندگی، رشد فردی، استقلال و روابط مثبت با دیگران تشکیل می‌شود (ریف، ۱۹۸۹). کییز، بعد سلامت روانی و اجتماعی را نشانه کارکرد مثبت می‌خواند و می‌گوید اگر فرد شرایط دو بعد سلامت احساسی (احساس خوب و رضایت

از زندگی) و بعد کارکرد مثبت را داشته باشد، از سلامت روانی برخوردار است. وی این وضعیت را بالندگی می‌نامد (ریف و کییز، ۱۹۹۵). اریک فروم^۱ معتقد است «شخص سالم از نظر روانی کسی است که بهره ور بوده و از خود بیگانه نباشد، پیوندش با جهان از راه عشق باشد، از خرد خود برای دست یافتن به حقایق عینی استفاده کند، خود را شخصیت بی‌همتایی بداند و در عین حال همبستگی خویش را با دیگران حس کند. تابع اقتدار بی‌منطقی نباشد، با رغبت اقتدار منطقی خرد و وجدان را بپذیرد، تا عمر دارد در حال تولد باشد و زندگی را موهبت پر ارزشی تلقی کند» (فروم، ۱۳۹۴: ۳۱۲)

مازلو^۲ نیز انسان سالم را خواستار تحقق خودشکوفایی می‌داند. از نظر او شرط نایل شدن به خودشکوفایی تأمین نیازهایی است که به ترتیب از نیازهای جسمانی یا فیزیولوژیک شروع شده و به نیازهای ایمنی، محبت، احساس تعلق خاطر و در نهایت نیاز به خودشکوفایی می‌رسد. انسان سالم فردی است که به بالاترین سطح نیازها دست می‌یابد. (موسوی و شیانی، ۱۳۹۴: ۱۲۳). فرانکل^۳، داشتن معنایی برای زندگی را معیاری برای سنجش سلامت روانی فرد می‌داند. بنابر نظریه‌ی آدلر^۴ فرد برخوردار از سلامت روانشناختی، توان و شهامت یا جرأت عمل کردن را برای نیل به اهدافش دارد. چنین فردی جذاب و شاداب است و روابط اجتماعی سازنده و مثبتی با دیگران دارد. فرد سالم از نظر روانی، دارای علاقه‌ی اجتماعی و میل به مشارکت اجتماعی است؛ بنابراین نسبت به دیگران و جامعه مسؤلیت‌پذیر است. (یوسیم، ۲۰۱۵)

هنجارمندی اجتماعی (رفتار جامعه‌پسند)

«رفتار جامعه‌پسند» [که توسط کییز مطرح گردیده] را می‌توان معادل مفهوم «هنجارمندی» که در ادبیات جامعه‌شناسی مرسوم‌تر است، به کار برد. هنجارمندی اجتماعی، به معنی تبعیت فرد از هنجارها، قواعد، قوانین و ارزشهای اساسی جامعه و تبعیت از آنها و به کار بستن آنها در تبادلات و کنش‌های اجتماعی بوده و در مقابل مفاهیمی مانند «انحراف»

1- Fromm
2- Maslow
3- Frankl
4- Adler

و یا «کج رفتاری» قرار می‌گیرد.

«به اعتقاد دورکیم انسجام اجتماعی هنگامی حفظ می‌شود که افراد با موفقیت در گروه‌های اجتماعی ادغام شوند و با مجموعه‌ای از ارزش‌ها و آداب و رسوم مشترک هدایت و تنظیم شوند» (گیدنز، ۱۳۸۷: ۱۵).

دورکیم معتقد است، فرآیندهای تغییر در دنیای مدرن چنان پرشتاب و شدیدند که مسائل و معضلات اجتماعی بزرگی به بار می‌آورند. این فرآیندهای تغییر می‌تواند تأثیر ویرانگری بر سبک‌های زندگی سنتی، اخلاقیات، عقاید دینی و الگوهای روزمره داشته باشند، بی‌آنکه ارزش‌های تازه و روشنی فراهم آورند. دورکیم این شرایط بی‌ثبات را به مفهوم آنومی یا بی‌هنجاری ربط می‌داد، یعنی احساس بی‌هدفی یا یأس و حرمان که از زندگی اجتماعی مدرن نشأت می‌گیرد (گیدنز، ۱۳۸۷: ۱۶). «هرگاه شیرازه‌ی تنظیم‌های اجتماعی از هم گسیخته گردند، نفوذ نظارت‌کننده‌ی جامعه بر گرایش‌های فردی دیگر کارآیی‌اش را از دست خواهد داد و افراد جامعه به حال خودشان واگذار خواهند شد» (کوزر، ۱۳۸۷: ۱۹۲).

از نظر دورکیم مشکل اصلی جوامع جدید رابطه‌ی فرد با جامعه است؛ مشکلی که به از هم پاشیدگی اجتماعی و ضعف پیوندهایی برمی‌گردد که فرد را با جامعه مربوط می‌کند. از پیامدهای سست شدن رابطه‌ی فرد با جامعه، قضیه‌ی خودکشی است. از نظر دورکیم تفاوت‌های حاصل در میزان خودکشی با میزان انسجام اجتماعی منطبق است. میزان‌های بالای خودکشی در میان گروه‌هایی یافت می‌شود که از نظر اجتماعی منزوی‌اند و بر عکس، میزان‌های پایین خودکشی بیانگر گروه‌هایی از افراد است که پیوندهای قوی اجتماعی دارند. دورکیم پس از برشمردن انواع خودکشی‌ها، خودکشی ناشی از بی‌هنجاری را به عنوان شاخص درجه‌ی معمولاً غیر قابل اندازه‌گیری یکپارچگی اجتماعی به کار می‌برد. اگر تنظیم‌های هنجاری رفتار فردی سستی بگیرند و از همین رو نتوانند تمایلات انسانها را مهار و راهنمایی کنند، افراد برای خودکشی نابهنجار آمادگی پیدا می‌کنند (کوزر، ۱۳۸۷: ۱۹۳). قضیه‌ی اصلی که دورکیم در ارتباط با دو نوع

کلی خودکشی مطرح می‌کند عبارت است از اینکه میزان خودکشی به نسبت معکوس با درجه همبستگی گروه‌های اجتماعی که فرد جزئی از آن است تغییر می‌کند (چلبی، ۱۳۷۵: ۶۷).

هرشی نیز در تئوری پیوند اجتماعی و تأثیرش بر آنومی، بر اساس رویکرد بیماری محور، سلامت اجتماعی را عدم حضور عوامل ضد اجتماعی مانند از خودبیگانگی و بی‌هنجاری (آنومی) در فرد دانسته است. به اعتقاد هرشی علت همنوایی افراد با هنجارهای اجتماعی، پیوندهای اجتماعی آنها است. وی مدعی است که پیوند میان فرد و جامعه مهمترین علت همنوایی و عامل اصلی کنترل رفتارهای فرد است و ضعف یا نبود این پیوند موجب اصلی کج رفتاری است. بین تعلق خاطر افراد به جامعه، تعهد آنان به امور متداول و زندگی روزمره‌ی هم‌نوا با هنجارهای اجتماعی، درگیر شدن آنها در فعالیتهای مختلف زندگی و اعتقاد به نظام هنجاری جامعه از یک سو و همنوایی آنان با هنجارهای اجتماعی از سوی دیگر، رابطه‌ی مستقیم و با احتمال کج رفتاری آنان رابطه‌ی معکوس وجود دارد (هرشی، ۱۹۶۹: به نقل از صدیق سروستانی، ۱۳۸۷: ۵۳).

مسئولیت‌پذیری اجتماعی

واژه مسئولیت یا مسئولیت‌پذیری به تنهایی اشاره به حس وظیفه‌شناسی، پاسخگو بودن و تعهد دارد. این واژه در رشته‌های فلسفه، جامعه‌شناسی، حقوق و روانشناسی به کار رفته است. جان استوارت میل از فیلسوفانی است که در مقاله‌ی «در مورد آزادی» از این واژه استفاده کرده و در ادامه ماکس وبر با طرح واژه‌ی «اخلاق مسئولیت» زمینه‌ی ورود آن را به جامعه‌شناسی فراهم کرد (بیرهوف، ۱۳۸۷: ۲۳۱). نقش فرآیند مسئولیت‌پذیری اجتماعی در جامعه را باید پاسخگویی به انتظارات دیگران دانست که ناشی از نقشهای اجتماعی است که جامعه به افراد تجویز می‌کند و یا افراد کسب می‌کنند. مسئولیت‌پذیری اجتماعی از منظر جامعه‌شناختی در سه سطح خرد، میانی و کلان قابل مطالعه است. در سطح خرد، مسئولیت‌پذیری اجتماعی به عنوان احساس تعهد و کنشی که تک‌تک افراد در قالب نقش‌های خود نسبت به خود و یکدیگر دارند در نظر گرفته

می‌شود. در سطح میانی مسؤولیت‌پذیری اجتماعی در ارتباط با گروه‌ها و سازمانها و مانند آن مطرح می‌گردد. در سطح کلان نیز مسؤولیت‌پذیری اجتماعی دولت-ملت‌ها مد نظر است (اسکلایر و میلر، ۲۰۱۰: به نقل از نیکخواه و جهانشاهی فرد، ۱۳۹۳). هانس ورنر بیرهوف^۱ روانشناس اجتماعی، مسؤولیت‌پذیری اجتماعی را به عنوان یک ویژگی عالی در افراد می‌داند که در روابط با دیگران و در موقعیتهای گوناگون و در عمل خود را نشان می‌دهد. در مسؤولیت‌پذیری اجتماعی نوعی کنترل درونی بر فرد حاکم است که برای برقراری روابط مبتنی بر همدلی، توجه به حقوق دیگران و به طور کلی نظم اجتماعی اهمیت دارد (خوشبین، ۱۳۹۰: ۲۱۹).

چارچوب نظری

کبیز معتقد است بین سلامت اجتماعی با رفتارهای اجتماع‌پسند رابطه‌ی مثبتی وجود دارد. افراد دارای سلامت اجتماعی بالاتر، در خانواده‌هایی زندگی می‌کنند که ثبات و انسجام بیشتری دارند و باید انتظار داشت تطابق آنان با هنجارهای اجتماعی بیشتر باشد. این وضعیت می‌تواند نقش مهمی داشته باشد در پیشگیری از انحراف که ابعادی فراتر از قلمرو رفتارهای فردی دارد (سام آرام، ۱۳۸۸). از نظر دورکیم و هرشی نیز مشکل اصلی جوامع جدید رابطه‌ی فرد با جامعه است؛ مشکلی که به از هم پاشیدگی اجتماعی و ضعف پیوندهایی بر می‌گردد که فرد را با جامعه مربوط می‌کند. بر اساس تئوری‌های بالا به نظر می‌رسد وجود درجاتی مطلوب از سلامت اجتماعی در افراد، می‌تواند آنها را به سمت هنجارمندی اجتماعی و انجام رفتارهای جامعه‌پسند و نیز عدم ارتکاب رفتارهای انحرافی سوق دهد. سلامت روانی نیز می‌تواند هنجارمندی اجتماعی را تحت تأثیر قرار دهد. بر اساس نظریه‌ی نقص شخصیت، هرگاه یک فرد دچار بی‌قراری، کج‌خویی، بدبینی، خودخواهی، حملات عصبی، انزوا طلبی، لجباجت و یا خشم شود؛ به گونه‌ای که نوعی ضدیت و ناسازگاری با اجتماع در شخصیت او پدید آید، در این صورت در معرض ارتکاب رفتار انحرافی و کجروانه قرار می‌گیرد. پیروان این نظریه معتقدند افراد

کجرو دارای شخصیتی متفاوت با دیگران هستند؛ تفاوتی که آنها را با جامعه و هنجارهای اجتماعی در تضاد قرار داده است و از خاستگاه‌های متفاوتی چون: وراثت، جامعه پذیری و تجربیات شخصی مایه می‌گیرد (موسی صدر، ۱۳۸۳: ۲۰، به نقل از کاوه، ۱۳۹۱: ۱۲۲).

مطابق یافته‌های کیز، بین سلامت اجتماعی و مسؤولیت‌پذیری در برابر زندگی اجتماعی رابطه‌ی معناداری وجود دارد؛ هرچند که مشخص نیست کدام یک علت دیگری است. (کیز و شاپیرو، ۲۰۰۴). به اعتقاد وی، سطوح سلامت اجتماعی بخصوص انسجام اجتماعی و مشارکت اجتماعی در افرادی که با اطرافیان خود برای حل مسائل و مشکلات همکاری و همفکری می‌کردند در مقایسه با افرادی که با اطرافیان خود ارتباط نداشتند میزان بالاتری داشته است. به اعتقاد چلبی میزان احساس مسؤولیت، تکلیف و تعهد نسبت به قاعده‌ی اخلاقی در قبال جمع، تابعی از میزان استحکام جمع است. به اعتقاد وی تعلق و تعهد اجتماعی دو عنصر اساسی در تعریف مفهوم «اجتماع» و نیز مهمترین پیش‌نیازهای احساس شهروندی و مسؤولیت اجتماعی است (چلبی، ۱۳۷۵: ۶۹). میلر^۱ در کتاب «کنش اجتماعی» از دو نوع کنش فردی و اجتماعی یاد کرده و اظهار می‌دارد که مسؤولیت‌پذیری و اخلاق مسؤولیت‌لازمه‌ی کنش جمعی است. به گمان میلر عامل وابستگی افراد به یکدیگر و درگیری آنها در امور جامعه، عامل مسؤولیت‌پذیری اجتماعی می‌باشد (میلر، ۲۰۰۴: صص ۲۳۵-۲۳۴). مسؤولیت‌پذیری اجتماعی همچنین متأثر از سلامت روانی است. از نظر آدلر فرد سالم از نظر روانی، دارای علاقه‌ی اجتماعی و میل به مشارکت اجتماعی است؛ و بنابراین نسبت به دیگران و جامعه مسؤولیت‌پذیر است.

سلامت روانی افراد متأثر از سلامت اجتماعی آنان است. کیز بعد سلامت روانی و اجتماعی را نشانه‌ی کارکرد مثبت می‌خواند و می‌گوید اگر فرد شرایط دو بعد سلامت احساسی (احساس خوب و رضایت از زندگی) و بعد کارکرد مثبت را داشته باشد، از

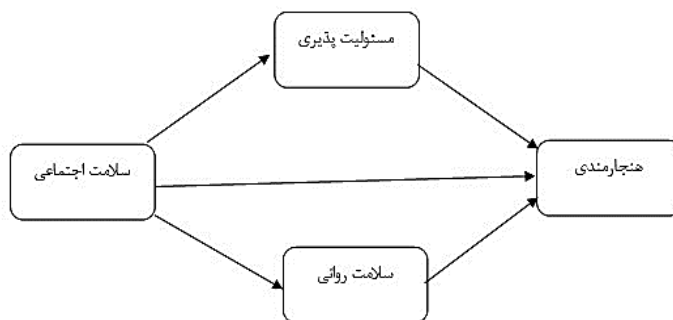
سلامت روانی برخوردار است. وی این وضعیت را بالندگی می‌نامد. اریک فروم معتقد است، سلامت روانی را نمی‌توان واقعی‌تری عینی تصور کرد و آن را در ارتباط با کیفیت زندگی قرار نداد (فروم، ۱۳۹۴: ۷۸). به منظور درک کارکرد بهینه و سلامت ذهنی، دانشمندان اجتماعی نیز باید به بررسی سلامت اجتماعی بزرگسالان پردازند (کییز، ۱۹۹۸، به نقل از لارسون ۱۹۹۲ و ۱۹۹۶). بین مفهوم سلامت روانی و سلامت اجتماعی فاصله‌ی نزدیکی وجود دارد. همچنین، نتایج مطالعات نشان داده‌اند که معیارهای (شاخصهای) سلامت اجتماعی، همبستگی مثبتی با معیارهای سلامت روانی دارند (سام آرام، ۱۳۸۹).

فرضیه‌های پژوهش

- ۱- بین سلامت اجتماعی و هنجارمندی اجتماعی (انجام رفتارهای جامعه‌پسند) رابطه وجود دارد.
- ۲- بین سلامت اجتماعی و مسئولیت‌پذیری اجتماعی رابطه وجود دارد.
- ۳- بین سلامت اجتماعی و سلامت روانی رابطه وجود دارد.

مدل نظری پژوهش

شکل ۱: مدل نظری پژوهش



روش تحقیق

پژوهش حاضر با روش پیمایشی صورت گرفته است. اطلاعات مورد نیاز برای آزمون فرضیه‌ها و نیز مدل نظری پژوهش به وسیله‌ی پرسشنامه با سؤالات بسته جمع‌آوری شده

است. همچنین برای تدوین مبانی نظری، چارچوب نظری و ادبیات و پیشینه‌ی تحقیق نیز از روش اسنادی استفاده شده است.

جامعه و نمونه آماری پژوهش

جامعه‌ی آماری پژوهش، شامل کلیه ساکنان ۶۴-۱۵ ساله‌ی شهر اصفهان هستند. نمونه‌ی آماری نیز، تعداد ۳۸۵ نفر^۱ از جامعه‌ی آماری فوق‌الذکر در نظر گرفته شده که به روش خوشه‌ای و از مناطق ۱۴ گانه‌ی شهر اصفهان انتخاب شده‌اند.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات

جدول شماره‌ی (۱): ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات

متغیر	ابزار اندازه‌گیری	تعداد سوالات	مقیاس اندازه‌گیری	حداقل نمره	حداکثر نمره
سلامت اجتماعی	پرسشنامه‌ی کیز	۳۳	پنج درجه‌ای	۳۳	۱۶۵
سلامت روانی	پرسشنامه‌ی سلامت عمومی (GHQ)	۲۸	چهار درجه‌ای	۲۸	۱۱۲
مسئولیت‌پذیری	محقق ساخته	۹	پنج درجه‌ای	۹	۴۵
هنجارمندی	محقق ساخته	۱۳	پنج درجه‌ای	۱۳	۶۵

کلیه متغیرهای فوق‌الذکر طی یک مطالعه‌ی مقدماتی بر روی ۴۰ نفر از پاسخگویان، از نظر روایی به وسیله‌ی مدل‌سازی و با استفاده از نرم‌افزار amos و نیز از نظر پایایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ استانداردسازی شده و نتایج حاصله به اختصار در جدول زیر آمده است.

۱ - برای به دست آوردن حجم نمونه در رساله از نرم افزار sample power استفاده شده است و بر اساس مفروضات در نظر گرفته شده (درصد خطای ۰/۰۵، توان بالاتر از ۰/۸۰ و حجم اثر ۰/۱۰) حجم نمونه‌ی شهر اصفهان در رساله، تعداد ۳۲۸ نفر (از تعداد ۸۰۰ نفر نمونه در ۶ شهرستان استان اصفهان) بوده که در مقاله‌ی حاضر برای رسیدن به نتایج جامع‌تر، محقق تعداد ۳۸۵ پرسشنامه برای شهر اصفهان تکمیل نموده است؛ ولی در رساله همان ۳۲۸ نفر در نظر گرفته شده است.

جدول شماره‌ی (۲): نتایج استانداردسازی ابزارهای پژوهش در مطالعه‌ی مقدماتی

نتایج برازش کلی مدل							Alpha	n	نتایج برازش جزئی مدل				
RMSEA	IFI	CFI	AGFI	GFI	CMIN/DF	DF			p	Estimate	بارگذاری	تفسیر	
۰/۰۰	۰/۹۶	۱/۰۰	۰/۹۱	۰/۹۸	۰/۶۸	۳	۰/۹۳	۴۰	۰/۰۰	۰/۸۴	یکپارچگی	← سلامت اجتماعی	
									۰/۰۰	۰/۸۹	پذیرش	← سلامت اجتماعی	
									۰/۰۰	۰/۷۵	مشارکت	← سلامت اجتماعی	
									۰/۰۰	۰/۸۲	شکوفایی	← سلامت اجتماعی	
									۰/۰۰	۰/۸۸	انسجام	← سلامت اجتماعی	
۰/۰۴	۰/۹۹	۰/۹۹	۰/۸۶	۰/۹۸	۱/۱۵	۱	۰/۸۲	۴۰	۰/۰۱	۰/۴۷	جسمی	← سلامت روانی	
									۰/۰۰	۰/۵۸	اضطرابی	← سلامت روانی	
									۰/۰۰	۰/۷۴	کارکردی	← سلامت روانی	
۰/۰۰	۱/۰۲	۱/۰۰	۰/۹۳	۰/۹۸	۰/۴۶	۴	۰/۸۴	۴۰	۰/۰۱	۰/۵۲	احترام به قانون	← هنجارمندی	
									۰/۰۰	۰/۶۹	احترام به ارزشها	← هنجارمندی	
									۰/۰۰	۰/۸۴	عدم انحراف اولیه	← هنجارمندی	
									۰/۰۰	۰/۸۵	عدم انحراف ثانویه	← هنجارمندی	
۰/۰۰	۱/۰۲	۱/۰۰	۰/۹۲	۰/۹۷	۰/۴۷	۷	۰/۹۳	۴۰	۰/۰۰	۰/۹۲	Mp_1	← مسئولیت پذیری	
									۰/۰۰	۰/۸۵	Mp_2	← مسئولیت پذیری	
									۰/۰۰	۰/۸۷	Mp_3	← مسئولیت پذیری	
									۰/۰۰	۰/۹۰	Mp_4	← مسئولیت پذیری	
									۰/۰۰	۰/۸۴	Mp_5	← مسئولیت پذیری	
									۰/۰۰	۰/۷۰	Mp_6	← مسئولیت پذیری	

نتایج به دست آمده در قسمت نتایج برازش جزئی مدل نشان می‌دهد که همه‌ی بارهای عاملی متغیرهای پنهان بر روی کلیه‌ی شاخصها (متغیرهای آشکار) خود، معنادار است. ضرایب آلفای به دست آمده نیز نشان از پایایی ابزارهای مورد استفاده محقق دارد. نتایج برازش کلی مدل نیز نشان داده‌اند که مدل مورد نظر محقق از برازش مطلوبی برخوردار است.

آزمون‌های آماری و نرم‌افزارهای مورد استفاده

برای بررسی ارتباط بین متغیرهای پژوهش از رگرسیون خطی ساده و نرم‌افزار spss استفاده شده است. سنجش مدل نظری پژوهش نیز با استفاده از نرم افزار amos صورت گرفته است.

توصیف نمونه‌ی آماری

نتایج تحقیق نشان می‌دهد که از تعداد ۳۸۵ نفر پاسخگویان تعداد ۱۹۰ نفر زن و ۱۹۵ نفر

مرد، تعداد ۱۴۷ نفر مجرد، ۲۲۹ نفر متأهل و ۹ نفر مطلقه و ...، تعداد ۷۳ نفر بیکار، ۷۲ نفر مشاغل بدون درآمد (سرباز، خانه دار و ...)، ۱۹ نفر دانش آموز، ۳۷ نفر دانشجوی، ۷۳ نفر مشاغل کم درآمد (کارگر، منشی و ...)، ۵۳ نفر مشاغل آزاد معمولی (کشاورز، کاسب و ...)، ۹۷ نفر دارای مشاغل دولتی، و ۱۱ نفر نیز دارای مشاغل عالی (پزشک، هیأت علمی و ...) بوده اند. تعداد ۱۸ نفر مدرک تحصیلی راهنمایی، ۱۰۳ نفر متوسطه، ۵۹ نفر کاردانی، ۱۵۴ نفر کارشناسی و ۵۱ نفر نیز مدرک تحصیلی ارشد و دکتری داشته اند. از لحاظ میزان درآمد ماهیانه نیز تعداد ۱۶۷ نفر فاقد درآمد بوده، تعداد ۱۵ نفر کمتر از ۵۰۰ هزار تومان، تعداد ۶۰ نفر بین ۵۰۰ هزار تا یک میلیون تومان، تعداد ۵۸ نفر بین ۱۰۰۰۰۰ تا ۱۵۰۰۰۰۰ تومان، تعداد ۴۴ نفر بین ۱۵۰۰۰۰۰ تا ۲۰۰۰۰۰۰ تومان، تعداد ۲۸ نفر بین ۲۰۰۰۰۰۰ تا ۳۰۰۰۰۰۰۰ تومان و تعداد ۱۳ نفر هم درآمدهای بالاتر از ۳۰۰۰۰۰۰۰ تومان در ماه درآمد داشته اند. تعداد نمونه از ساکنان هر منطقه‌ی شهر اصفهان نیز بین ۲۷ تا ۲۹ نفر، متغیر بوده است.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

الف: بررسی میانگین متغیرهای تحقیق در نمونه و جامعه‌ی آماری

جدول شماره‌ی (۳): بررسی میانگین متغیرهای تحقیق در نمونه و جامعه‌ی آماری

متغیر	میانگین نمونه*	انحراف معیار	خطای انحراف میانگین	مقدار t	sig	تفاوت میانگینها	
						کرنه‌ی بالایی	کرنه‌ی پایینی
سلامت اجتماعی	۳/۳۳۲۵	۰/۵۰۷۴۱	۰/۰۲۵۸۶	۱۲/۸۵۹	۰/۰۰۰	۰/۳۳۲۵۵	۰/۲۸۱۷
مسئولیت‌پذیری اجتماعی	۴/۱۸۷۶	۰/۵۸۹۴۴	۰/۰۳۰۰۴	۳۹/۵۳۳	۰/۰۰۰	۱/۱۸۷۵۹	۱/۱۲۸۵
هنجارمندی اجتماعی	۴/۰۵۱۰	۰/۴۵۳۷۳	۰/۰۲۳۱۲	۴۵/۴۴۸	۰/۰۰۰	۱/۰۵۰۹۵	۱/۰۰۵۵
سلامت روانی**	۳/۱۳۶۰	۰/۴۳۷۷	۰/۰۲۲۳۱	۲۸/۵۱۱	۰/۰۰۰	۰/۶۳۶۰	۰/۵۹۲۱

*Test Value = 3

** Test Value = 2.5

داده‌های جدول بالا نشان می‌دهد که میانگین نمره‌ی متغیرهای سلامت اجتماعی، سلامت روانی، مسئولیت‌پذیری اجتماعی و هنجارمندی اجتماعی در نمونه و نیز جامعه‌ی آماری،

بالاتر از حد متوسط است.

ب: بررسی فرضیه‌های پژوهش (آمار کلاسیک)

جدول شماره ۴-الف: بررسی تأثیر متغیر مستقل سلامت اجتماعی بر متغیرهای وابسته‌ی پژوهش

(خلاصه‌ی مدل رگرسیون)

متغیر وابسته	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
مسئولیت‌پذیری	۰/۳۴	۰/۱۲	۰/۱۱	۰/۵۶
هنجارمندی	۰/۳۷	۰/۱۴	۰/۱۴	۰/۴۲
سلامت روانی	۰/۴۳	۰/۱۹	۰/۱۸	۰/۴۰

جدول شماره‌ی ۴-ب: بررسی تأثیر متغیر سلامت اجتماعی بر متغیرهای وابسته‌ی پژوهش (آزمون

تحلیل واریانس)

متغیر وابسته		Sum of Squares	df	Mean Square	F	sig
مسئولیت‌پذیری اجتماعی	Regression	۱۵/۲۹	۱	۱۵/۲۹	۴۹/۵۸	۰/۰۰
	Residual	۱۱۸/۱۲	۳۸۳	۰/۳۱		
	Total	۱۳۳/۴۲	۳۸۴			
هنجارمندی اجتماعی	Regression	۱۰/۹۹	۱	۱۰/۹۹	۶۱/۸۷	۰/۰۰
	Residual	۶۸/۰۶	۳۸۳	۰/۱۸		
	Total	۷۹/۰۵	۳۸۴			
سلامت روانی	Regression	۱۳/۶۱	۱	۱۳/۶۱	۸۶/۹۳	۰/۰۰
	Residual	۵۹/۹۶	۳۸۳	۰/۱۶		
	Total	۷۳/۵۷	۳۸۴			

جدول ۴-ج: بررسی تأثیر متغیر سلامت اجتماعی بر متغیرهای وابسته‌ی پژوهش (ضرایب متغیرهای وارد شده)

model	ضرایب غیر استاندارد		ضریب استاندارد	T	sig
	B	انحراف استاندارد	Beta		
سلامت اجتماعی* مسئولیت‌پذیری	۰/۳۹	۰/۰۶	۰/۳۴	۷/۰۴	۰/۰۰
سلامت اجتماعی* هنجارمندی	۰/۳۳	۰/۰۴	۰/۳۷	۷/۸۷	۰/۰۰
سلامت اجتماعی* سلامت روانی	۰/۳۷	۰/۰۴	۰/۴۳	۹/۳۲	۰/۰۰

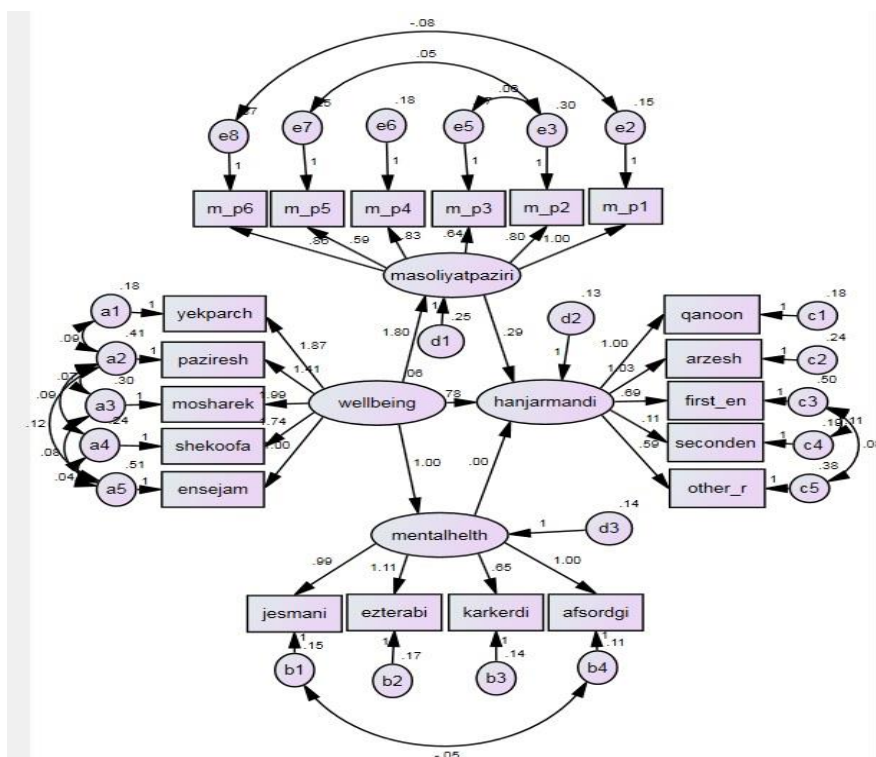
نتایج به دست آمده حاکی از تأثیر معنادار متغیر سلامت اجتماعی بر متغیر مسئولیت‌پذیری اجتماعی است. مقدار Beta به دست آمده نیز نشان می‌دهد که به ازای هر واحد انحراف معیار در متغیر مستقل سلامت اجتماعی، ۰/۳۹ واحد تغییر در متغیر وابسته مسئولیت‌پذیری اجتماعی خواهیم داشت. با توجه به ضریب تعیین محاسبه شده، می‌توان گفت ۰/۱۲ از تغییرات متغیر مسئولیت‌پذیری اجتماعی به وسیله‌ی متغیر مستقل سلامت اجتماعی صورت می‌گیرد. تأثیر سلامت اجتماعی بر متغیر هنجارمندی اجتماعی نیز معنادار است. مقدار Beta به دست آمده نیز نشان می‌دهد که به ازای هر واحد انحراف معیار در متغیر مستقل سلامت اجتماعی، ۰/۳۳ واحد تغییر در متغیر وابسته هنجارمندی اجتماعی به وجود خواهد آمد. ضریب تعیین محاسبه شده نیز نشان می‌دهد که ۰/۱۴ از تغییرات متغیر هنجارمندی اجتماعی به وسیله‌ی متغیر مستقل سلامت اجتماعی صورت می‌گیرد. همچنین نتایج حاکی از تأثیر معنادار سلامت اجتماعی بر متغیر سلامت روانی است. مقدار Beta به دست آمده نیز نشان می‌دهد که به ازای هر واحد انحراف معیار در متغیر مستقل سلامت اجتماعی، ۰/۳۷ واحد تغییر در متغیر وابسته‌ی سلامت روانی خواهیم داشت. همچنین با توجه به ضریب تعیین محاسبه شده، می‌توان گفت ۰/۱۹ از تغییرات متغیر سلامت روانی به وسیله‌ی متغیر مستقل سلامت

اجتماعی صورت می‌گیرد.

مدل معادله‌ی ساختاری

مدل‌های معادله‌ی ساختاری به طور معمول ترکیبی از مدل‌های اندازه‌گیری و مدل‌های ساختاری‌اند. بر مبنای مدل‌های اندازه‌گیری، محقق تعریف می‌کند که کدام متغیرهای مشاهده شده، اندازه‌گیرنده‌ی کدام متغیرهای پنهان هستند و بر پایه‌ی مدل‌های ساختاری مشخص می‌کند که کدام متغیرهای مستقل دارای تأثیر بر کدام متغیرهای وابسته‌اند و یا اینکه کدام متغیرها با یکدیگر همبسته‌اند. به این ترتیب با بهره‌گیری از این مدل‌ها می‌توان به طور همزمان به ارزیابی کیفیت سنجش متغیرها و مقبولیت اثرات مستقیم و غیر مستقیم و همچنین تعامل‌های تعریف شده میان متغیرها پرداخت (قاسمی، ۱۳۸۹: ۵). در زیر نتایج بررسی مدل نظری پژوهش به وسیله‌ی نرم‌افزار amos آمده است.

شکل ۲: مدل تجربی پژوهش



جدول شماره ۵) : نتایج برآورد جزئی مدل تجربی

			Estimate	S.E.	C.R.	P
masoliyatpaziri	<---	wellbeing	1.800	.228	7.879	0.000
mentalhelth	<---	wellbeing	1.000			
hanjarmandi	<---	wellbeing	.780	.195	3.996	0.000
hanjarmandi	<---	masoliyatpaziri	.288	.062	4.621	0.000
hanjarmandi	<---	mentalhelth	.000			
m_p6	<---	masoliyatpaziri	.859	.069	12.516	0.000
m_p5	<---	masoliyatpaziri	.588	.048	12.314	0.000
m_p4	<---	masoliyatpaziri	.835	.049	16.931	0.000
m_p3	<---	masoliyatpaziri	.641	.057	11.332	0.000
m_p2	<---	masoliyatpaziri	.804	.056	14.254	0.000
m_p1	<---	masoliyatpaziri	1.000			
afsordgi	<---	mentalhelth	1.000			
karkerdi	<---	mentalhelth	.649	.062	10.488	0.000
ezterabi	<---	mentalhelth	1.108	.090	12.352	0.000
jesmani	<---	mentalhelth	.986	.082	11.998	0.000
shekoofa	<---	wellbeing	1.744	.204	8.564	0.000
mosharek	<---	wellbeing	1.992	.225	8.859	0.000
paziresh	<---	wellbeing	1.414	.210	6.735	0.000
yekparch	<---	wellbeing	1.865	.213	8.757	0.000
ensejam	<---	wellbeing	1.000			
qanoon	<---	hanjarmandi	1.000			
arzesh	<---	hanjarmandi	1.034	.095	10.874	0.000
first_en	<---	hanjarmandi	.695	.096	7.274	0.000
seconden	<---	hanjarmandi	.113	.052	2.181	.029
other_r	<---	hanjarmandi	.592	.083	7.136	0.000

در جدول بالا (جدول برآوردهای جزئی)، ستون Estimate وزن‌های رگرسیونی، ستون S.E. خطای معیار، ستون C.R. نسبت بحرانی و ستون P مقدار P Value (معادل Sig در روشهای آماری کلاسیک) را نشان می‌دهد. چنانچه مقدار P کوچکتر از ۰.۰۵ باشد، ارتباط مزبور معنادار است. نتایج نشان می‌دهد که کلیه ارتباط‌های موجود در مدل بین متغیرهای پنهان، به استثناء ارتباط بین متغیر سلامت روانی و هنجارمندی اجتماعی معنادار هستند که این ارتباط نیز به لحاظ اینکه دارای چارچوب نظری قوی بوده است در مدل حفظ شده و تأثیر آن صفر گردیده است. چنانچه یک پارامتر دارای مبنای نظری

قوی باشد، به صرف فقدان تفاوت معنادار با صفر نمی‌توان آن را از مدل حذف کرد. (قاسمی، ۱۳۸۹: ۲۳۶)

نکته‌ی قابل توجه این که در محاسبه ضریب همبستگی پیرسون برای ارتباط دو به دو متغیرها، مشخص گردید که بین متغیر سلامت روانی با متغیر هنجارمندی اجتماعی ارتباط معناداری وجود دارد، اما ارتباط این دو متغیر در مدل معادله ساختاری غیر معنادار شده که این موضوع به دلیل به حساب آوردن خطاهای اندازه‌گیری حین اندازه‌گیری متغیرهای پنهان است.

جدول شماره‌ی (۶): برآورد شاخصهای ارزیابی کلیت مدل پژوهش

شاخص	DF	CMIN/DF	GFI	AGFI	CFI	IFI	PNFI	PCFI	RMSEA
مقدار	۱۵۵	۱/۸۷	۰/۹۳	۰/۹۱	۰/۹۵	۰/۹۵	۰/۷۳	۰/۷۷	۰/۰۵

برای بررسی برازش کلی مدل از سه دسته از شاخصهای برازش استفاده می‌شود که نتایج برخی از مهمترین آنها در جدول بالا و توضیحات مربوط زیر آمده است.

شاخصهای برازش مطلق

شاخصهای برازش مطلق مانند GFI و AGFI شاخصهایی هستند که بر مبنای تفاوت واریانسها و کوواریانسهای مشاهده شده از یک طرف و واریانسها و کوواریانسهای پیش‌بینی شده از طرف دیگر قرار دارند. (قاسمی، ۱۳۸۹: ۱۳۳) مقادیر بالاتر از ۰/۹۰ نشان‌دهنده‌ی برازش خوب و مطلوب است که در اینجا نیز مقدار GFI برابر ۰/۹۳ و مقدار AGFI نیز در سطح مطلوب و برابر ۰/۹۱ است.

شاخصهای برازش تطبیقی

شاخصهای برازش تطبیقی مانند CFI و IFI، مدل نظری تدوین شده را در مقایسه با یک مدل استقلال نشان می‌دهند. هرچه مدل تدوین شده با یک مدل استقلال فاصله‌ی بیشتری بگیرد، مطلوب‌تر تلقی می‌شود. میزان این شاخصها نیز باید بالاتر از ۰/۹۰ باشد (همان، صص ۱۵۵-۱۵۱) که در اینجا نیز چنین است.

شاخصهای برازش مقتصد

شاخصهای برازش مقتصد منجمله PNFI و RMSEA و CMIN/DF، نشان‌دهنده‌ی این موضوع هستند که آیا هزینه‌ی پرداخت شده (از دست دادن یک درجه‌ی آزادی به ازای آزاد گذاردن یک پارامتر برای برآورد) ارزش منفعت به دست آمده (بهبودی در شاخصهای برازش مطلق) را دارد یا نه. مقدار قابل قبول برای شاخص PNFI، بالاتر از ۰/۵۰ یا ۰/۶۰ در نظر گرفته شده است. شاخص RMSEA (ریشه‌ی دوم میانگین مربعات خطای برآورد) بر مبنای تحلیل ماتریس باقیمانده قرار داشته و مقدار ۰/۰۵ و کوچکتر از آن نشان‌دهنده‌ی برازش مطلوب کلی مدل است که در اینجا مقدار این شاخص برابر ۰/۰۵ است. شاخص CMIN/DF یا کای اسکوئر نسبی از تقسیم ساده‌ی مقدار کای اسکوئر بر درجه‌ی آزادی مدل به دست می‌آید. با توجه به اینکه مقدار کای اسکوئر به شدت تحت تأثیر حجم نمونه قرار دارد و در اکثر مطالعات اجتماعی نیز حجم نمونه بالاست، بنابراین باید از کای اسکوئر نسبی استفاده کرد که میزان قابل قبول برای این شاخص اعداد ۵ و کوچکتر از آن است. (همان، صص ۱۶۱-۱۵۵) میزان به دست آمده در این مدل (۱/۸۷۰)، برازش بسیار بالای مدل را نشان می‌دهد. با توجه به قابل قبول بودن کلیه‌ی شاخصهای برازش مدل و نیز معنادار بودن برآوردهای جزئی، مدل تجربی به دست آمده قابل قبول است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که میانگین متغیرهای سلامت اجتماعی، سلامت روانی، هنجارمندی اجتماعی و نیز مسؤولیت‌پذیری اجتماعی در کلان‌شهر اصفهان بالاتر از حد متوسط است. این نتیجه خود می‌تواند ناقص آن دسته از دیدگاه‌هایی باشد که تحلیل رفتن برخی شاخص‌های اجتماعی در جوامع شهری را مورد تأکید قرار می‌دهند و ایده‌ی «از بین رفتن اجتماع» [که توسط کسانی مانند جورج زیمل و لوئیس ورت مطرح کرده است] در جوامع کلان‌شهری را مطرح می‌کنند.

ضریب همبستگی پیرسون محاسبه شده ($r = .43$, $sig = 0.00$) نشان می‌دهد که بین

سلامت اجتماعی و سلامت روانی شهروندان شهر اصفهان، رابطه‌ی مستقیم و معناداری وجود دارد. اریک فروم معتقد است، سلامت روانی را نمی‌توان واقعیتی عینی تصور کرد و آن را در رابطه با کیفیت زندگی قرار نداد. (فروم، ۱۳۹۴: ۷۸). بین مفهوم سلامت روانی و سلامت اجتماعی فاصله‌ی نزدیکی وجود دارد. همچنین، نتایج مطالعات نشان داده‌اند که معیارهای سلامت اجتماعی همبستگی مثبت با معیارهای سلامتی روانی دارند (سام آرام، ۱۳۸۹، به نقل از کبیز، ۱۹۹۸). نتیجه به دست آمده نشان می‌دهد که دیدگاه‌های کبیز درباره‌ی ارتباط سلامت اجتماعی و سلامت روانی مورد تأیید قرار می‌گیرد. «اگرچه مدل‌های موجود سلامت روانی بر ویژگی‌های فردی سلامت تأکید دارند، ولی افراد ناخواسته در قالب ساختارهای اجتماعی و اجتماعات بشری قرار دارند و با چالش‌ها و وظایف اجتماعی بی‌شماری رو به رو می‌شوند. به منظور درک کارکرد بهینه و سلامت ذهنی، دانشمندان اجتماعی نیز باید به بررسی سلامت اجتماعی بزرگسالان بپردازند» (کبیز، ۱۹۹۸، به نقل از لارسون، ۱۹۹۲ و ۱۹۹۶).

همچنین ارتباط بین دو متغیر سلامت اجتماعی و هنجارمندی اجتماعی ($r = 0.37, sig = 0.00$) نیز مستقیم و معنادار است. کبیز معتقد است، بین سلامت اجتماعی با رفتارهای اجتماع‌پسند رابطه‌ی مثبتی وجود دارد. «افراد دارای سلامت اجتماعی بالاتر، در خانواده‌هایی زندگی می‌کنند که ثبات و انسجام بیشتری دارند و احتمالاً می‌توانند در فعالیت‌های جمعی بیشتر مشارکت کنند و باید انتظار داشت تطابق آنان با هنجارهای اجتماعی بیشتر باشد» (کبیز، ۱۹۹۸). این وضعیت می‌تواند نقش مهمی داشته باشد در پیشگیری از انحراف که ابعادی فراتر از قلمرو رفتارهای فردی دارد (سام آرام، ۱۳۸۸). یافته‌های تحقیق حاکی از تأیید دیدگاه‌های دورکیم، کبیز و هرشی است.

نتایج همچنین نشان می‌دهند که سلامت اجتماعی و مسؤولیت‌پذیری اجتماعی ($r = 0.34, sig = 0.00$) نیز دارای ارتباط مستقیم و معناداری با یکدیگر هستند. مطابق یافته‌های کبیز، بین سلامت اجتماعی و مسؤولیت‌پذیری در برابر زندگی اجتماعی رابطه‌ی معناداری وجود دارد؛ هرچند که مشخص نیست کدام یک علت دیگری است. (کبیز و

شاپیرو، ۲۰۰۴). به اعتقاد وی، سطوح سلامت اجتماعی بخصوص انسجام اجتماعی و مشارکت اجتماعی در افرادی که با اطرافیان خود برای حل مسائل و مشکلات همکاری و همفکری می‌کردند در مقایسه با افرادی که با اطرافیان خود ارتباط نداشتند میزان بالاتری داشته است. طبق این یافته‌ها دیدگاه کبیز در خصوص ارتباط سلامت اجتماعی و مسئولیت‌پذیری اجتماعی مورد تأیید است. به اعتقاد چلبی میزان احساس مسئولیت، تکلیف و تعهد نسبت به قاعده‌ی اخلاقی در قبال جمع، تابعی از میزان استحکام جمع است. به اعتقاد وی تعلق و تعهد اجتماعی دو عنصر اساسی در تعریف مفهوم «اجتماع» و نیز مهمترین پیش نیازهای احساس شهروندی و مسئولیت اجتماعی است (چلبی، ۱۳۷۵: ۶۹).

نتایج آزمون مدل پژوهش نیز نشان می‌دهد که سلامت اجتماعی نقش تعیین‌کننده‌ای در هنجارمندی اجتماعی و نیز مسئولیت‌پذیری شهروندان کلان‌شهر اصفهان دارد. اگرچه اثرگذاری متغیر سلامت اجتماعی بر سلامت روانی در مدل پژوهش مورد تأیید قرار نگرفته است، لیکن به دلیل تأیید این ارتباط در ضریب همبستگی پیرسون محاسبه شده و نیز داشتن پشتوانه‌ی نظری قوی این ارتباط در مدل حفظ شده است. در مجموع می‌توان گفت که مدل تجربی پژوهش با توان بالایی از مدل نظری حمایت کرده و آن را مورد تأیید قرار می‌دهد.

بعد اجتماعی سلامت، پیچیده‌ترین و در عین حال، بحث‌برانگیزترین جنبه از سلامت است. سازمان جهانی سلامت (۱۹۴۸)، سلامت اجتماعی را یکی از مؤلفه‌های کلیدی سلامت معرفی کرده است. مطالعات سلامت با استفاده از نمونه‌های زیستی، بیشتر بر ابعاد خصوصی و فردی سلامت تأکید دارند، در حالی که افراد در درون ساختارها و روابط اجتماعی قرار دارند (کبیز: ۲۰۰۴).

سلامت موضوعی مطرح در همه‌ی فرهنگ‌هاست، ولی معمولاً هر گاه از آن سخنی به میان آمده بیشتر بعد جسمانی آن مورد توجه بوده، در حالی که رشد و تعالی جامعه درگرو تندرستی آن جامعه از ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی است. زندگی سالم محصول تعامل

اجتماعی بین انتخاب‌های فردی از یک سو و محیط اجتماعی و اقتصادی احاطه‌کننده‌ی افراد از سوی دیگر است. اثبات اثرگذاری‌های قابل توجه سلامت اجتماعی بر سایر متغیرهای مطرحه در این پژوهش، می‌تواند توجه مردم و مسئولان را هرچه بیشتر به موضوع سلامت اجتماعی و لزوم تقویت هرچه بیشتر آن جلب کند. هرچند که خوشبختانه میانگین سلامت اجتماعی در شهر اصفهان بالاتر از حد متوسط است، ولی باید توجه داشت که این فاصله، فاصله‌ی بسیار ناچیزی است و باید بیشتر مورد توجه قرار گیرد. تقویت سلامت اجتماعی که بیشتر بر مبنای ارتباطات فردی و نیز ارتباط فرد با جامعه و اجتماع پیرامونی خود پایه‌ریزی شده است، می‌تواند به عنوان یکی از راهکارهای اساسی تقویت بنیان‌های اجتماعی جوامع شهری مفید واقع شود. در نهایت اینکه تقویت شاخصهای سلامت اجتماعی از طرق گوناگونی نظیر طراحی‌های شهری، ایجاد مراکز تفریحی عمومی بیشتر، تقویت محله‌های شهری و انسجام گروهی در آنها، ارتقاء امکانات و کیفیت زندگی، و ... امکان‌پذیر و لازم است و می‌تواند در نهایت جامعه‌ای شاداب، پویا، سالم و با نشاط به وجود آورد که می‌تواند مراحل رشد و توسعه جامعه را هموارتر و آینده را برای شهروندان روشن‌تر سازند.

منابع:

- بیرهوف، هانس ورنر. (۱۳۸۷). **رفتارهای اجتماعی مطلوب**. ترجمه‌ی رضوان صدقی نژاد. تهران: نشر گل آذین.
- جمعه نیا، سکینه. (۱۳۸۷). بررسی رابطه‌ی سلامت اجتماعی و سلامت روانی با سبکهای هویت‌یابی دانش‌آموزان دبیرستانهای دولتی شهر گنبد، پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید بهشتی.
- چلبی، مسعود. (۱۳۷۵). **جامعه‌شناسی نظم**. تشریح و تحلیل نظری نظم اجتماعی. تهران: نشر نی.
- حقیقتیان، منصور؛ کیوان آرا، محمود؛ علی بابایی شهرکی، معصومه. (۱۳۹۳). بررسی رابطه‌ی سرمایه‌ی اجتماعی و سلامت روان در بین شهروندان شهرکرد، **مجله‌ی علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام**، دوره‌ی ۲۲، شماره‌ی ۷.
- خوشبین، یوسف. (۱۳۹۰). مسئولیت‌پذیری اجتماعی جوانان و عوامل اجتماعی و فرهنگی مؤثر بر آن. **فصلنامه‌ی علوم اجتماعی**، شماره‌ی ۵۹.
- زکی، محمدعلی؛ خشوعی، مریم‌السادات. (۱۳۹۲). سلامت اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن در بین شهروندان شهر اصفهان. **مجله‌ی مطالعات جامعه‌شناختی شهری**، سال سوم، شماره‌ی هشتم، پاییز ۱۳۹۲، صص ۷۹-۱۰۸.
- سام آram، عزت‌اله. (۱۳۸۸). بررسی رابطه‌ی سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی با تأکید بر رهیافت پلیس جامعه‌محور، **فصلنامه‌ی علمی - پژوهشی انتظام اجتماعی**، سال اول، شماره‌ی اول.
- ستوده، هدایت‌الله. (۱۳۸۶). **آسیب‌شناسی اجتماعی (جامعه‌شناسی انحرافات)**. تهران: انتشارات آوای نور.
- صدیق سروستانی، رحمت‌الله. (۱۳۸۷). **جامعه‌شناسی انحرافات اجتماعی**. تهران: انتشارات آن.
- عبدالله تبار، هادی؛ کلدی، علیرضا؛ محقق، سیدحسین؛ فروزان، آمنه؛ صالحی، مسعود. (۱۳۸۷). بررسی سلامت اجتماعی دانشجویان. **فصلنامه‌ی علمی - پژوهشی رفاه اجتماعی**، شماره‌ی ۳۰ و ۳۱، صص ۱۷۱-۱۸۹.

- فدائی مهربانی، مهدی. (۱۳۸۶). شهرنشینی، رسانه و سلامت اجتماعی. فصلنامه‌ی پژوهش و سنجش، شماره‌ی ۴۹.
- فروم، اریک. (۱۳۹۴). جامعه‌ی سالم. ترجمه‌ی اکبر تبریزی. تهران: انتشارات بهجت. چاپ هفتم.
- فقهی فرهنگ، ناصر؛ زنجانی، سعید. (۱۳۹۲). بررسی رابطه بین سرمایه‌ی اجتماعی و سلامت اجتماعی با امنیت خانواده. مطالعات جامعه‌شناسی، بهار ۱۳۹۰، شماره‌ی ۱۰، ص ۹۹-۱۱۲.
- کاوه، محمد. (۱۳۹۱). آسیب‌شناسی بیماری‌های اجتماعی. تهران: نشر جامعه‌شناسان.
- کوزر، لوئیس. (۱۳۸۷). زندگی و اندیشه بزرگان جامعه‌شناسی. ترجمه‌ی محسن ثلاثی. تهران: انتشارات علمی.
- گیدنز، آنتونی. جامعه‌شناسی. ترجمه‌ی حسن چاوشیان. تهران: نشر نی.
- محسنی، منوچهر. (۱۳۹۳). مبانی سلامت اجتماعی. تهران: نشر دوران.
- محمدی اصل، عباس. (۱۳۸۵). درآمدی بر جامعه‌شناسی انحرافات رفتاری نوجوانان (بزهکاری نوجوانان). تهران: انتشارات حق شناس.
- موحدی، امین. (۱۳۸۸). بررسی تأثیر سلامت اجتماعی بر میزان کیفیت زندگی کارکنان بانک ملی ایران. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی. دانشکده‌ی علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی.
- موسوی، میرطاهر؛ شیانی، ملیحه. (۱۳۹۴). سرمایه‌ی اجتماعی و سلامت اجتماعی؛ مفاهیم و رویکردها. تهران: انتشارات آگاه.
- نجف‌آبادی، الف. (۱۳۸۸). بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی زنان جوان اصفهان. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد. دانشکده‌ی علوم اجتماعی. دانشگاه علامه طباطبائی.
- نوابخش، مهرداد و فیروزآبادی، آمنه. (۱۳۹۱). انسجام اجتماعی شهری و عوامل مرتبط بر آن در شهر کرمانشاه. فصلنامه‌ی مطالعات جامعه‌شناختی شهری، سال دوم، شماره‌ی پنجم، ص ۳۳-۵۸.
- نیکخواه، هدایت؛ جهانشاهی فرد، پریسا. (۱۳۹۳). بررسی میزان مسئولیت‌پذیری اجتماعی

شهروندان بندرعباس و عوامل فرهنگی و اجتماعی مؤثر بر آن. فصلنامه‌ی مطالعات

جامعه‌شناختی شهری، سال پنجم، شماره‌ی سیزدهم.

- Bandura, A (1982). "Self-efficacy Mechanism in Human Agency". *American Psychologist* (37)(2), 122- 147
- Bandura, A (1997). "Self-efficacy: toward a unifying theory of behavior change". *Psychological Review* (84), 191-215
- Keyes, C. M., & Ryff, C. D. (2000). Subjective change and mental health: a self – concept theory. *Social Psychology Quarterly*. 63. 264 – 279
- Keyes, C. (1998). Social Well-Being. *Social Psychology Quarterly*, 61, 121-140.
- Keyes, C., & Shapiro, A. (2004, in press). Social Well-Being in the United States: A Descriptive Epidemiology. In O. Brim, C. Ryff, & R. Kessler (Eds.), *Midlife in the United States*. Chicago: University of Chicago Press
- Kurbanoglu, S.S, Akkoyunlu, B. & Umay, A (2006). " Developing the information literacy self-efficacy
- Miller, Seumas, 2004, *Social Action: A Teleological Account*, Published By The Press Syndicate Of The University Of Cambridge.
- Ryff, C. and B. Singer (2005), integrative science in pursuit of human health and well-being 2005 in Snyder, C R. and S.J Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology*, Oxford University Press.
- Ryff, Coral D. and Corey Lee Keyes, 1995, The Structure of Psychological Well-being Revisited, *Journal of Personality and Social Psychology* 69(4): 719-27
- Youssim I, Hank K, Litwin H. The Role of Family Social Background and Inheritance in Later Life Volunteering. *Res Aging* 2015;37:3-17.